



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud

(ANEXO N° 02) REPORTE RADIAL IPRESS

N° []

I. INFORMACIÓN GENERAL

I-1 Evento: []

I-2 Día del Evento: [] Hora estimada: []

I-3 Hospital: []

I-4 Fecha de reporte: [] Hora de reporte: []

(PARA SER LLENADO POR EL OPERADOR DE RADIO)

II. DAÑOS

III. NECESIDADES INMEDIATAS PARA ATENCIÓN

| Vida y Salud | | CANTIDAD | |
|-------------------------|----------------------|---------------|----|
| II.1 | PERSONAL DE SALUD | Lesionados | |
| II.2 | | Fallecidos | |
| II.3 | | Desaparecidos | |
| II.4 | NO PERSONAL DE SALUD | Lesionados | |
| II.5 | | Fallecidos | |
| II.6 | | Desaparecidos | |
| Daño en Infraestructura | | NO | SI |
| II.7 | | | |

III-1 Acciones urgentes para continuar con atención

III-2 Requerimientos

Expansión hospitalaria: SI () NO ()

Establece SCI: SI () NO ()

Otros:

[]

| Operatividad Hospitalaria | | | |
|---------------------------|-------------|--------------------|-------------|
| II.6 | No Afectado | Afectado Operativo | Inoperativo |
| | | | |

Servicios Básicos afectados

IV. LOGISTICA DE LA QUE DISPONE

| | NO | SI |
|------------------------|----|----|
| II.7 Agua | | |
| II.8 Energía eléctrica | | |
| II.9 Gas Medicinal | | |
| II.10 Comunicaciones | | |

| | Para las 2 horas | Para las 6 horas | Para las 24 horas |
|--|------------------|------------------|-------------------|
| | | | |

Nombre y apellido del informante []

Medio de Reporte: []

(PARA SER LLENADO POR EL OPERADOR DE RADIO)



T. Soles



MODULO DE ANALISIS